

茨城県市町村職員共済組合 高額療養費(外来年間合算)支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書

課長		係長		係員	
----	--	----	--	----	--

年間の高額療養費を申請する場合
 基準日(計算期間の末日)時点では当組合に加入しているが、計算期間中に他の医療保険の加入期間もある場合

(組合記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度	平成 30 年度	計算期間の始期及び終期	平成 30 年 8 月 1 日から 令和 元 年 7 月 31 日まで	1	枚中	1	枚目
--------	----------	-------------	-------------------------------------	---	----	---	----

フリガナ	キョウサイ タロウ			保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	
申請者氏名	共 済 太 郎			保険者加入歴 ※1	1	〇〇健康保険組合 平成 21 年 4 月 21 日から 平成 31 年 3 月 31 日まで	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	昭和 〇 年 10 月 30 日生	性別	男		2	年 月 日から 年 月 日まで	
組合員証の記号番号	〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇 〇				3	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成 31 年 4 月 1 日から 令和 元 年 7 月 31 日まで			計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2			

フリガナ	キョウサイ ハナコ			保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	
被扶養者氏名	共 済 花 子			保険者加入歴 ※3	1	〇〇健康保険組合 平成 21 年 4 月 21 日から 平成 31 年 3 月 31 日まで	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	昭和 22 年 12 月 31 日生	性別	男		2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成 31 年 4 月 1 日から 令和 元 年 7 月 31 日まで				3	年 月 日から 年 月 日まで	

フリガナ				保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	
被扶養者氏名				保険者加入歴 ※3	1	年 月 日から	
生年月日	年 月 日生	性別	男		2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで				3	年 月 日から 年 月 日まで	

交付を受けた「自己負担額証明書」に記載されている内容を確認のうえ、記入してください。
 自己負担額がなく、「自己負担額証明書」を添付しない場合は、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と明記してください。

備考	任意継続組合員の方は、所属所長の証明は不要です。
----	--------------------------

茨城県市町村職員共済組合理事長 様	申請年月日 令和 元 年 11 月 〇 日	住所 〇〇市〇〇町978-26	申請者氏名 共 済 太 郎	上記内容に相違ないことを証明します。 令和 元 年 11 月 〇 日 職名 〇 〇 〇 〇 所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇
① 外来年間合算の支給を申請します。 ② 自己負担額証明書の交付を申請します。 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。 外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。				

茨城県市町村職員共済組合 高額療養費(外来年間合算)支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書

課長		係長		係員	
----	--	----	--	----	--

自己負担額証明書の交付を申請する場合
 基準日(計算期間の末日)時点では他の医療保険に加入しているが、計算期間中に当組合の加入期間もある場合

(組合記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度	平成 30 年度	計算期間の始期及び終期	平成 30 年 8 月 1 日から 令和 元 年 7 月 31 日まで	1	枚中	1	枚目
--------	----------	-------------	-------------------------------------	---	----	---	----

フリガナ	キョウサイ タロウ			保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
申請者氏名	共 済 太 郎			保険者加入歴 ※1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭和 〇 年 10 月 30 日生	性別	男		年 月 日から 年 月 日まで	
組合員証の記号番号	〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇 〇				年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成 20 年 4 月 1 日から 平成 31 年 3 月 31 日まで			計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2	〇〇健康保険組合	

フリガナ	キョウサイ ハナコ			保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名	共 済 花 子			保険者加入歴 ※3	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭和 22 年 12 月 31 日生	性別	男		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成 20 年 4 月 1 日から 平成 31 年 3 月 31 日まで				年 月 日から 年 月 日まで	

7月31日時点で加入している医療保険者の名称を記入してください。

フリガナ				保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名				保険者加入歴 ※3	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	年 月 日生	性別	男		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで				年 月 日から 年 月 日まで	

備考

任意継続組合員の方は、所属所長の証明は不要です。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様	申請年月日 令和 元 年 11 月 〇 日	住所 〇〇市〇〇町978-26	申請者氏名 共 済 太 郎	上記内容に相違ないことを証明します。 令和 元 年 11 月 〇 日
① 外来年間合算の支給を申請します。				職名 〇 〇 〇 〇
② 自己負担額証明書の交付を申請します。				所属所長 〇 〇 〇 〇
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。				氏名 〇 〇 〇 〇